UEBER DIE
AUF DER MEDIZINISCHEN KLINIK
ZU
ERLANGEN
IM WINTER 1889|90
BEOBACHTETEN FALLE VON
INFLUENZA.

INAUGURAL-DISSERTATION

ZUR

ERLANGUNG DER DOKTORWÜRDE

VORGELEGT DER

HOHEN MEDIZINISCHEN FAKULTÄT

DER

KÖNIGLICHEN FRIEDRICH-ALEXANDERS-UNIVERSITAET ZU ERLANGEN

AM 10. JULI 1890

VON

MAX SCHILD
CAND. MED.
AUS MARKTBREIT.

Druck von F. HOERETH's Druckerei,
Marktbreit.

UEBER DIE
AUF DER MEDIZINISCHEN KLINIK
ZU
ERLANGEN
IM WINTER 1889/90
BEOBACHTETEN FÄLLE VON
INFLUENZA.

INAUGURAL-DISSERTATION

ZUR

ERLANGUNG DER DOKTORWÜRDE

VORGELEGT DER

HOHEN MEDIZINISCHEN FAKULTÄT

DER

KÖNIGLICHEN FRIEDRICH-ALEXANDERS-UNIVERSITAET ZU ERLANGEN

AM 10. JULI 1890

VON

MAX SCHILD
CAND. MED.
AUS MARKTBREIT.

Druck von F. HOERETH's Druckerei,
Marktbreit.

Gedruckt mit Genehmigung der medizinischen Fakultät.
Referent: Professor *Dr. Strümpell.*

Seiner lieben Mutter

in Dankbarkeit und Verehrung

gewidmet

vom ***Verfasser.***

Als im Winter 1889/90 die Influenza in der Richtung von Ost nach West ihre Reise um die Welt machte, hatte ich Gelegenheit, die Epidemie auf der Erlanger medicinischen Klinik zu beobachten. Auf Anregung meines hochverehrten Lehrers, Herrn Professor Strümpell, machte ich die daselbst beobachteten Fälle um so lieber zum Gegenstand der vorliegenden Dissertation, als bei dem besonderen Interesse, welches die unserer Generation bis dahin nicht von Angesicht zu Angesicht bekannte Seuche in dem manchmal nicht unbedeutenden Unterschied ihres Verhaltens an den einzelnen Orten bietet, auch die aus einem relativ kleinen Material gewonnenen Erfahrungen nicht wertlos sein dürften.

Die Epidemie hielt ihren Einzug in Erlangen in der zweiten Hälfte des Dezembers 1889. Die ersten Fälle, welche in der Klinik zur Beobachtung kamen, stellten sich am 22. Dezember ein; von da an reihte sich rapid Fall an Fall, bis gegen Ende Januar 1890 die Epidemie allmählich erlosch, die Spuren ihres Auftretens nur in den zahlreichen Nachkrankheiten hinterlassend.

Unsere Beobachtungen erstrecken sich auf 80 Fälle — eine sehr beschränkte Zahl, die es aber ermöglichte, die Untersuchung und Beobachtung der einzelnen Fälle in der genauesten und sorgfältigsten Weise durchzuführen.

Von diesen 80 Patienten gehörten 59 dem männlichen und 21 dem weiblichen Geschlechte an. So auffallend dieser Unterschied ist, schiene es doch bei einem so kleinen Beobachtungsmaterial gewagt, wollte man hieraus auf eine Prädisposition des männlichen Geschlechtes für die Influenza einen Schluss ziehen. Für diesen Punkt kann nur aus einer grösseren Statistik ein Massstab gewonnen werden. In gleicher Weise gilt dies auch

von unseren Beobachtungen über die Empfänglichkeit der einzelneu Altersstufen; immerhin spricht unsere Zusammenstellung der Kranken nach dem Lebensalter so sehr für eine Prädisposition des jüngeren Alters, dass sie bei einer Vergleichung mit den an anderen Orten gemachten statistischen Erhebungen wohl in Betracht kommen könnte. Es gestaltet sich die Altersstatistik der in der Klinik behandelten Kranken folgendermassen:

10—15	Jahre	4 Kranke
15—20	„	18 „
20—25	„	24 „
25—30	„	13 „
30—35	„	6 „
35—40	„	4 „
40—45	„	3 „
45—50	„	3 „
50—60	„	3 „
60—70	„	2 „

Hiernach schiene die grösste Disposition in dem Alter zwischen 15 und 30 Jahren zu bestehen und sie schiene abzunehmen, je mehr sich das Alter nach unten oder nach oben von diesen Grenzen entfernt.

Auf die viel umstrittene Frage über das Wesen der Influenza — ob miasmatisch oder contagiös — soll hier nicht näher eingegangen werden; bemerkenswert aber, weil für direkte Contagiosität sprechend, scheint der Umstand zu sein, dass, nachdem ein Assistent der Klinik und mehrere Krankenschwestern von der Influenza befallen waren, die zuerst zur Beobachtung gekommenen Fälle gerade Kranke betrafen, die sich schon wegen anderer Leiden in der Klinik befanden.

Bei der Darstellung der Symptomatologie bietet der Versuch, ein allgemein giltiges, typisches Krankheitsbild für die Influenza aufzustellen, bei der ausserordentlichen Mannigfaltigkeit und Vielgestaltigkeit ihres Auftretens grosse Schwierigkeiten. Man hat sich deshalb daran gewöhnt, die einzelnen Formen, unter welchen die Krankheit aufzutreten pflegt, nach den hauptsächlichsten Affektionen zu unterscheiden und es hat dies sicher seine Berechtigung.

Wenn wir auch im Allgemeinen diesem Beispiel folgen konnten, so muss doch hervorgehoben werden, dass die Einteilung nach bestimmten Symptomengruppen nicht immer strikte durchzuführen war, dass sich vielmehr Fälle genug fanden, die Mischformen und Uebergänge darstellten und sich nicht in einer bestimmten Kategorie unterbringen liessen.

Je nachdem sich die einen oder anderen Symptome ganz besonders in den Vordergrund drängten, konnten wir folgende 4 Typen, denen allen ein ungemein starkes Krankheitsgefühl gemeinsam war, ausscheiden.

I. Typhöse Form.

Kopfschmerz, Mattigkeit, Appetitlosigkeit, ein intensives Gefühl von Prostration und Abgeschlagenheit, sowie Gliederschmerzen und Fieber, nicht selten auch Nasenbluten kennzeichneten diese Form.

II. Katarrhalische Form mit besonderer Beteiligung des Respirationsapparates.

Neben den Störungen des Allgemeinbefindens machte sich vorzugsweise die katarrhalische Entzündung der Athemwege mit allen ihren Erscheinungen geltend. Schnupfen, Laryngitis und Bronchitis bestanden nebeneinander oder beherrschten einzeln die Scene. Nicht selten vervollständigte auch eine leichte Coniunctivitis das Krankheitsbild.

III. Katarrhalische Form mit besonderer Beteiligung des Digestionsapparates.

Diese Form steht nach unseren Beobachtungen der vorhergehenden an Häufigkeit bedeutend nach. Wurden auch im Ganzen schwerere Magen- oder Darmerscheinungen nur sehr selten angetroffen, so deuteten doch die Erscheinungen der hierher gehörigen Fälle immer neben dem Bestehen einer mehr weniger ausgeprägten Angina auf eine Affektion des Magens oder Darmes hin.

IV. Rheumatoide Form.

Unter den Symptomen dieser Form standen die Schmerzen im Nacken, Kreuz und in den Extremitäten, auf die wir bei der Besprechung der einzelnen Krankheitserscheinungen zu-

rückkommen werden, bei Weitem obenan und drängten oft alle übrigen Symptome in den Hintergrund. Bemerkenswerth ist das nicht selten beobachtete Fortbestehen der Schmerzen nach längst eingetretener Entfieberung.

Was nun den Anfang der Erkrankung betrifft, so war er hier zwar auch in der Mehrzahl der Fälle ein ganz plötzlicher — mitten im besten Wohlbefinden wurden die Patienten durch ausgesprochenen Schüttelfrost (23)*), andauerndes Frösteln (8) oder abwechselndes Frost- und Hitzegefühl (20) überrascht — doch zeigte sich verhältnismässig häufig auch ein mehr allmählicher Beginn. Der eigentlichen Erkrankung gingen hiebei Störungen des Allgemeinbefindens in Form von auffallender Mattigkeit und Schwäche, Kopfschmerzen, Schwindel, in je einem Falle auch Brustschmerzen und Gliederreissen voraus, während der Eintritt der Erkrankung durch 1 bis 3 Tage später auftretende Fiebererscheinungen häufig noch deutlich gekennzeichnet war — ein Befund, der sich zum Teil auf anamnestische Angaben, zum Teil aber auch auf eigene Beobachtung stützt. In Begleitung oder doch in fast unmittelbarem Anschluss an die Fiebererscheinungen, teilweise auch ohne das Auftreten von solchen, konnte am häufigsten die ungemein grosse Mattigkeit und Abgeschlagenheit (64), sowie äusserst heftige, zuweilen (26) von starkem Schwindel begleitete Kopfschmerzen (69) beobachtet werden. Das Schwächegefühl und der Schwindel waren häufig so stark, dass selbst kräftige Arbeiter angaben, sie hätten sich an den Mauern halten müssen, als sie mit Aufgebot aller Kräfte trotz der beginnenden Krankheit zur Arbeit gehen wollten, oder, sie seien gar während der Arbeit zu Boden gefallen. Auch im Verlauf der Krankheit wurden einzelne Patienten beim Versuche, sich im Bette aufzurichten oder dasselbe zu verlassen, zuweilen von Schwindel befallen. Die Kopfschmerzen lokalisirten sich in 29 Fällen in der Stirn-, 7 mal in der Hinterhaupts- und nur 2 mal in der Schläfengegend. Der so häufig empfundene Stirnkopfschmerz dürfte wohl nicht unrichtig auf die Beteiligung der Stirnhöhle zurückzuführen sein. 24 Patienten klagten über

*) Die eingeklammerten Zahlen beziehen sich auf die Häufigkeit der beobachteten Symptome.

heftige Schmerzen in den Augenhöhlen, eine Erscheinung, die wohl nicht als eigentliche Augenerkrankung zu deuten ist, sondern von dem Kopfschmerz herrührt, der von den Patienten subjektiv in die Augen verlegt wird, während die 10mal angegebenen Schmerzen beim Bewegen der Augen sicher lediglich durch die Augenbewegung zur Geltung kommende Muskelschmerzen sind, wie sie sich ja bei unserer Erkrankung vielfach auch an anderen Stellen finden. Hyperämien und Katarrhe der Coniunctiva meist nur leichten Grades fanden sich 8mal, in 6 Fällen in Verbindung mit Thränenträufeln bezw. vermehrter Thränensecretion, einmal Ödem der Augenlider. Schnupfen, der im Ganzen 32mal beobachtet werden konnte, leitete nicht selten allein oder in Verbindung mit anderen Symptomen die Erkrankung ein, zuweilen machte er sich erst im späteren Verlaufe geltend, nachdem auffallende Trockenheit in der Nase vorausgegangen war. Zu erwähnen sind ferner die bei 9 Patienten in verschiedenen Stadien der Erkrankung aufgetretenen Blutungen aus der Nase, die wohl zum Teil bedingt waren durch die Stärke des Hustens, vielleicht auch mit der örtlichen Erkrankung der Nase zusammenhiengen oder infolge der starken Congestion gegen den Kopf, ähnlich wie beim Typhus, zu stande kamen. Nur selten fehlten Halsschmerzen und Schlingbeschwerden, so dass in 29 Fällen ausgesprochene katarrhalische Anginen nachgewiesen werden konnten; die bei einem Patienten beobachtete, erst am 5. Krankheitstage aufgetretene necrotische und lacunäre Angina, ist wohl nicht auf die Influenza zu beziehen, sondern als zufällige Begleiterscheinung anzusehen. Uebrigens wollen wir gleich an dieser Stelle erwähnen, dass derartige Fälle nicht immer diagnostisch zweifellos waren; es ist dies um so eher begreiflich, als man weiss, dass Angina in gleichem Masse wie die Influenza mit mehr oder minder hohem Fieber und erheblichen Allgemeinsymptomen einhergehen kann. Die in 12 Fällen aufgetretene Heiserkeit hatte sich bei 2 davon befallenen Patienten am 4. bis 5. Tage zur vollständigen Aphonie gesteigert.

Von Lungenaffectionen wurde Bronchitis 45mal angetroffen und auffallender Weise relativ viel häufiger beim

männlichen wie beim weiblichen Geschlecht. Meist hatte die Bronchitis ihren Sitz in den hinteren unteren Lungenpartieen, doch war auch häufig diffuse Bronchitis zu constatiren. Auch hier ist differential-diagnostisch von Bedeutung, dass wir bei allen einigermassen schweren Fällen von Influenza doch Zeichen eines Katarrhs der feineren Bronchien antrafen, während bei einem gewöhnlichen Katarrh doch in der Regel nur die grösseren Bronchien afficiert sind. Der Husten, der oft schmerzhaft war und zuweilen anfallsweise auftrat, war in der überwiegenden Mehrzahl der Fälle mit der Secretion reichlichen, schleimigen, oft eitrig geballten Sputums verbunden, nur bei 7 Kranken bestand sogenannter trockener Husten; fast immer schien er uns charakteristisch hohlklingend, tracheal wie Masernhusten. Dyspnoe fehlte meist vollständig oder war doch nur in geringem Grade vorhanden; in 4 Fällen, in denen die Athemnot eine sehr beträchtliche war, musste sie auf Rechnung der Complicationen gesetzt werden.

Waren die Erscheinungen des Respirationstractus im Ganzen auch bedeutender als die des Digestionstractus, so waren doch auch die gastrischen Symptome bei unserer Affektion wesentlich. Das häufig bestehende Gefühl von Uebelkeit bezw. der Brechreiz steigerte sich bei 11 Patienten im Beginn der Krankheit, bei 7 anderen erst im Verlauf derselben zu wirklichem Erbrechen. Der Appetit war vielfach vermindert oder ganz geschwunden (35). Daneben bestanden Leibschmerzen (5) und Magenschmerzen (8). Letztere, die namentlich bei weiblichen Patienten angetroffen wurden, dürften vielleicht ausschliesslich oder wenigstens zum Teil als Oppressionsgefühl gedeutet werden. Der Stuhl war nur selten ganz normal. 21 Fällen mit mehr weniger hartnäckiger Obstipation, die manchmal erst im späteren Verlauf der Krankheit wich, stehen 8 mit mässiger Diarrhoe gegenüber.

Unter allen Beschwerden, über die die Kranken zu klagen hatten, standen bei Weitem obenan die Gliederschmerzen. Zwar machte es manchmal den Eindruck, als ob die angegebenen Schmerzen nur auf die Schwäche und Mattigkeit hinwiesen und so nur als Allgemeinsymptom zu deuten wären, in den meisten Fällen aber waren sie deutlich lokalisiert. Am häufigsten hörte

man Klagen über Kreuzschmerzen (41), über Schmerzen in den Extremitäten (24) und im Rücken und Nacken (10). Die Schmerzen schienen mehr oder minder hochgradig, oft continuierlich, oft auch besonders Nachts exarcerbierend und zeigten namentlich in den Extremitäten häufig einen reissenden, blitzartig schiessenden Charakter. So konnte man häufig von den Patienten hören, „es sei wie ein Blitz durch ihre Beine gefahren". Die in mehreren Fällen gleichzeitig bestehende Empfindlichkeit gegen Druck im Verlauf bestimmter Nerven liess die Annahme neuritischer Schmerzen zu, viel häufiger aber waren es wohl Muskelschmerzen (namentlich im Triceps und in der Muskulatur des Oberschenkels) oder Schmerzen in den Ansätzen der Muskeln. Als letztere deuteten wir wenigstens teilweise auch die relativ häufig (10mal) angegebenen Schmerzen in den Gelenken; hier war es namentlich das Kniegelenk, das als besonders schmerzhaft bezeichnet wurde, ohne dass sich objektiv irgend etwas nachweisen liess. Erwähnung verdient die Beobachtung, dass wirkliche Gliederschmerzen doch weitaus häufiger bei Frauen als bei Männern angetroffen wurden; zu den Schmerzen gesellten sich bei ihnen in wenigen Fällen auch motorische Störungen in Form von geringer Parese. Wie wir schon oben die Schmerzhaftigkeit bei Bewegungen der Augen mit den Muskelschmerzen auf eine Stufe stellten, glauben wir auch die (23mal) angegebenen Brustschmerzen hier einreihen zu können; denn sicher waren dies, namentlich im Beginn der Krankheit, nicht immer pleuritische, sondern doch wohl muskuläre Schmerzen.

Von weiteren Symptomen wäre noch zu erwähnen Ohrensausen, das bei 5 Patienten angetroffen wurde, wozu sich in 2 Fällen Ohrenausfluss gesellte. Einer dieser Fälle, bei welchem sich bald eine purulente Otitis media ausbildete, wurde zur weiteren Behandlung ad forum otiatricum verbracht.

Recht auffallend und mit den anderwärts gemachten Erfahrungen durchaus nicht übereinstimmend sind unsere Beobachtungen über eine nachweisbare Affection der Milz bei Influenza. Trotz der in jedem einzelnen Falle sorgfältigst vorgenommenen Untersuchung konnten wir einen palpablen und gleichzeitig durch

Perkussion nachweisbaren Milztumor in keinem Falle finden; ein einziges Mal war die Milz undeutlich zu fühlen, einmal ihre Vergrösserung durch Perkussion nachweisbar und in 2 Fällen bestand Schmerzhaftigkeit bei Palpation ohne dass sich hiebei eine Volumszunahme der Milz constatieren liess.

Eine weitere, hier gar nicht beobachtete Erscheinung, ist das Auftreten von Exanthemen bei Influenza; das Erythem des Gesichts, das sich in wenigen Fällen zeigte, trug ein sehr wenig charakteristisches Gepräge; desgleichen fanden wir nur einmal einige Flecke auf der Haut, die zudem so wenig ausgesprochen waren, dass wir nicht wussten, ob wir sie als Roseolen deuten dürften. Dagegen zeigte sich Herpes als Begleiter unserer Erkrankung 13mal; sein Auftreten fiel in die Zeit vom 2. bis 5. Tage, sein Sitz auf die gewöhnlichen Stellen an Ober- und Unterlippe (11) und Nasenflügel (1), einmal wurde er auch am rechten unteren Augenlid beobachtet.

Eine reichlichere Schweisssecretion, die ja bei den meisten acuten fieberhaften Krankheiten zuweilen besteht und von einer Milderung der wichtigsten Krankheitssymptome häufig begleitet ist, konnten wir bei unseren Influenzakranken gar niemals beobachten; in 6 Fällen bestand geringe, wenig charakteristische Neigung zum Schwitzen. Es verdient dieser Befund um so mehr Erwähnung, als bei einer ganzen Reihe früherer Influenzaepidemieen profuse Schweisse beobachtet wurden, die dem Abfall des Fiebers in vielen Fällen vorausgingen.

Von Veränderungen, die die Influenza am Herzen bedingte, konnte nur einmal vorübergehendes leises systolisches Blasen an der Herzspitze festgestellt werden; hiebei ergab die Perkussion des Herzens vollkommen normale Verhältnisse. Der Puls zeigte nur vereinzelt Unregelmässigkeit, dagegen fast stets eine erhöhte Frequenz, die sich selten unter 100 Schlägen bewegte, doch wurden mehr als 100—110 Pulse auch bei sehr hohen Temperaturen nicht beobachtet. Ein einziges Mal zeigte ein nicht complicierter Fall auffallende Pulsverlangsamung.

Begann schon die Mehrzahl aller Fälle mit ausgesprochenen Fiebersymptomen, so waren auch fast alle im weiteren Verlaufe von Fieber begleitet. Fieberlose Influenza, deren Vor-

kommen vielfach bestritten wird, konnten wir in 2 sicheren Fällen, deren Krankheitsbild nur durch das Vorherrschen der Gliederschmerzen besonders gekennzeichnet war, beobachten. Der Krankheitsverlauf schloss sich im Wesentlichen dem Gang des Fiebers an, doch konnte ein so bestimmter Fiebertypus, wie er anderen Infektionskrankheiten eigen ist, aus unseren Temperaturcurven nicht herausgefunden werden; immerhin schienen sich einzelne Fieberverhältnisse in typischer Weise zu wiederholen, so dass sich folgende 4 Formen aufstellen lassen:

I. Bei den leichten Fällen von Influenza, die noch am allerwenigsten die Aufstellung typischer Temperaturverhältnisse gestatten, zeigte sich eine Temperaturerhöhung, die anfänglich bis 38,5° und darüber stieg und in ihrem weiteren Verlaufe grosse Unregelmässigkeiten bot. Schon nach 2—3tägigem Bestehen fanden sich aber in der Regel normale Morgentemperaturen, an die sich bald gänzliche Fieberfreiheit anschloss.

II. Bei den Fällen mit schwereren Allgemeinerscheinungen konnte man häufig beobachten, dass die Fiebercurve deutlich zwei ausserordentliche Erhebungen zeigte. Nach einer plötzlichen Temperaturzunahme bis etwa 40,0°, die sich 1—2 Tage auf dieser Höhe erhielt, schoben sich mehrere Tage mit subfebriler oder normaler Temperatur ein, bis ein erneuter Temperaturanstieg erfolgte, der nach mehreren Tagen mit mässig raschem Abfall zu normaler Temperatur überging. Die beschriebene Erscheinung war bald mehr bald weniger in die Augen fallend, immerhin auch in geringer ausgeprägten Fällen deutlich zu erkennen.

III. Bei einer anderen Gruppe von Fällen, die gleichzeitig mit schwereren Allgemeinstörungen und einer stärkeren Beteiligung der Lungen einhergiengen, erreichte das Fieber schon am ersten oder zweiten Tage seinen Höhepunkt, auf dem es mit mehr oder weniger starken Morgenremissionen während des ganzen Verlaufes verharrte, bis nach etwa 5—8 Tagen ein schneller, kritischer Abfall zur Norm zu stande kam.

IV. Die vierte Art der Fiebercurven stellten diejenigen Fälle, bei denen der Verlauf der Influenza durch Hinzutritt von Complikationen erschwert wurde. Das Fieber stieg hier meist plötzlich, etwas seltener staffelförmig an und zeigte in seinem

weiteren Verlauf deutlich remittierenden Charakter. Die Entfieberung erfolgte oft erst nach 3—4 Wochen durch Lysis.

In allen diesen Kategorien fanden sich nicht sehr selten Fälle, bei denen sich an den durch Krisis oder Lysis erfolgten Fieberabfall eine mässige subnormale Temperatur für einen oder mehrere Tage anschloss.

Die am Schlusse angefügten Temperaturcurven mögen die einzelnen Formen des Fiebers illustrieren.

Der Urin zeigte in der Regel weder quantitative noch qualitative Veränderungen. In einem Falle mit sehr mässigem Fieber stellte sich am 3. Krankheitstage geringe Albuminurie ein, die am 4. und 5. Tage verschwunden war, um am 6. wiederholt für einen Tag aufzutreten. Zwei Fälle zeigten uns als Begleiterin der Influenza acute hämorrhagische Nephritis. Ausser dem starken Eiweissgehalt des Urins (1 mal $^1/_{10}$ des Volumens) und den hyalinen und granulierten Cylindern wiesen die zahlreichen roten Blutkörperchen im Urin auf eine Veränderung der Nieren hin. Uebrigens verschwanden auch diese Nephritiden in wenigen Tagen vollkommen. Es zeigt also die Influenza hierin eine Analogie mit einer Reihe von akuten fieberhaften Krankheiten, die ja fast alle Nephritis im Gefolge haben können. Eine weitere Nephritis, die zusammen mit Empyem bei einem mit Pleuritis complicierten Falle zu stande kam, führten wir auf diese zurück.

Der Besprechung der Nephritis schliessen wir die einer ungleich wichtigeren und schwereren Complikation, der Pneumonie, an. Es ist ja eine schon bei früheren Epidemieen häufig gemachte Erfahrung, dass sich mit Vorliebe die Influenza mit Pneumonie compliciert und wir hatten bei unserem Beobachtungsmaterial 9 Fälle, die uns dies bestätigten. Die ursprüngliche, leichte Influenzabronchitis steigerte sich allmählich zur capillären Bronchitis oder zur lobulären, manchmal wohl auch croupösen Pneumonie. Bei der anfänglichen Gleichheit der objektiven physikalischen Erscheinungen und der Beobachtung, dass das Sputum zuweilen gleichzeitig eitrig-geballt und blutig tingiert war, war die Unterscheidung der lobulären Pneumonie von

der lobären eine schwierige Aufgabe. Den einzigen Anhaltspunkt bot die Beobachtung des Gesammtverlaufs der Affection; so weit man nach diesem urteilen kann, war offenbar die katarrhalische Form der Lungenentzündung die vorherrschende. Meist lag eine Erkrankung in den unteren Lungenlappen vor, die sich aber häufig nicht in der gleichen Intensität auf beiden Seiten verteilte, sondern die eine Seite mehr, die andere weniger ergriff. Mehrfach entwickelte sich im Anschluss an die Lungenerkrankung eine Pleuritis exsudativa, was bei der bekannten Beziehung derselben zur Pneumonie nichts Auffälliges bietet. Bemerkenswerter ist schon das Auftreten eines pleuritischen Exsudats, ohne dass sich Erscheinungen einer gleichzeitig bestehenden oder vorausgegangenen Lungenentzündung zeigten, wie wir es in drei Fällen beobachten konnten. Bei den meisten Patienten erfolgte vollständige, wenn auch langsame Resorption des Ergusses, nur in dem einen schon oben erwähnten Falle erfolgte Umwandlung des primären serösen, etwas getrübten Exsudates in ein eitriges, das dann durch die Radikaloperation auf der chirurgischen Klinik entleert wurde.

Eine im Verlauf von Influenza aufgetretene, vorübergehende hysterische Contractur im Ellbogengelenk, über die von anderer Seite genau berichtet werden wird, schliesst die Reihe der von uns beobachteten Complikationen. Vielleicht gehört aber auch so manche der früher angeführten Erscheinungen nicht zu dem Krankheitsbild der Influenza selbst, sondern in das Gebiet ihrer Complikationen.

Die Dauer der einzelnen, auch uncomplicierten Erkrankungen zeigte dieselben Schwankungen wie ihre Intensität. In den ganz leichten Fällen, bei denen in der Regel objektiv nur sehr wenig oder gar nichts nachzuweisen war, fühlten sich die Patienten schon nach 2—3 Tagen wieder wohl; bei den mehr ausgeprägten Fällen trat die Genesung innerhalb 6—14 Tagen ein, nicht gerade selten nahm die Reconvalescenz aber auch noch längere Zeit in Anspruch. Am meisten trifft dies für die rheumatoiden Formen zu, bei denen die völlige Wiederherstellung sich oft auffallend in die Länge zog. Der Hinzutritt von Complikationen zur Influenza verlängerte in allen Fällen die Krank-

heitsdauer um ein Erhebliches. In Folgendem geben wir eine Berechnung der Krankheitsdauer aller Fälle:

2—3	Tage	. . . . .	10 Fälle
4—5	„	. . . . .	15 „
6—8	„	. . . . .	15 „
9—12	„	. . . . .	14 „
13—16	„	. . . . .	12 „
17—20	„	. . . . .	2 „
21—24	„	. . . . .	6 „
25—27	„	. . . . .	4 „
Ueber 27	„	. . . . .	2 „

Fast immer überdauerten die subjektiven Beschwerden um einige Zeit die objektiven Symptome und namentlich lange blieb in der Reconvalescenz häufig ein hochgradiges Schwächegefühl zurück. Uebrigens zeigte die Epidemie in der ersten Zeit offenbar einen mehr gutartigen Charakter als später.

Rückfälle konnten wir einige Mal constatieren; bei einem Patienten stellte sich als Rückfall der typhösen Form unter erneutem Ansteigen der Temperatur eine katarrhalische Form ein.

Exitus letalis erfolgte in 2 Fällen; sicher bedingte aber die Influenza nicht direkt diesen übeln Ausgang, sondern sie brachte nur durch ihren deletären Einfluss die bereits vorhandenen chronischen Leiden — in dem einen Fall Tabes in Verbindung mit Marasmus senilis, im andern eine vorgeschrittene Lungentuberculose — ihrem Abschluss näher. Von den übrigen Phthisikern, die sich auf der Abteilung befanden, blieben nur wenige von der Influenza verschont, doch konnten wir bei keinem einzigen beobachten, dass die Tuberkulose durch das Hinzutreten von Influenza in ihrer Ausbreitung beschleunigt wurde, oder dass sonst eine üble Nachwirkung zurückgeblieben wäre. Bei dem Verhältnis der Influenza anderen Krankheiten gegenüber scheint uns noch ein Fall bemerkenswert, weil er eine Bestätigung zu der von Biermer in Virchow's Handbuch der speciellen Pathologie und Therapie mit Berufung auf Graves (System of clinical Medicine) erwähnten Beobachtung ist, „dass sich zum Typhus selbst die Influenza niemals gesellt habe, mit dem Tage aber, wo er anfange in die günstige Lösung überzutreten, seien die Kranken für

die Influenza empfänglich gewesen und auch nicht selten von ihr afficiert worden.“ Bei einer Patientin nemlich, deren Typhusprozess bei Beginn der Influenzaepidemie etwa gegen das Ende des Stadium acmes hinneigte, fiel der Beginn der Influenzaerkrankung erst in die spätere Reconvalescenz, obwohl in dem Zimmer, in welchem die Typhuskranke lag, sich schon vorher Patienten mit Influenza befanden. Eine andere von uns gemachte Beobachtung lässt einen Einfluss der Influenza auf Gelenkrheumatismus vermuten. Bei einem Patienten, der schon früher einmal Gelenkrheumatismus überstanden hatte, wurden unter typischen Erscheinungen der Influenza – schwere Allgemeinerscheinungen, hohes Fieber und Kreuzschmerzen pflegen sich doch sonst bei Gelenkrheumatismus nicht zu finden — die früher afficierten Gelenke von Neuem befallen. Ein ähnliches Walten des „genius epidemicus“ hat man ja auch schon bei anderen epidemisch herrschenden Krankheiten, so namentlich bei Cerebrospinalmeningitis epidemica, beobachtet.

Bezüglich der **Prognose** bei Influenza können unsere Beobachtungen dem bereits Bekannten nichts Neues hinzufügen. Dass das Auftreten eines Herpes oder der Eintritt von Nasenbluten als günstige Zeichen anzusehen wären oder überhaupt nur einen Einfluss auf den Verlauf der Krankheit hätten, konnten wir nicht bemerken.

Die **Diagnose** bot bei dem gleichzeitigen und gleichartigen, massenhaften Auftreten der Erkrankungen keine wesentlichen Schwierigkeiten. Oft hatten die Patienten sich schon selbst die Diagnose gestellt und erklärten auf Befragen, sie hätten „die neue Krankheit“. Zuweilen war eine Verwechslung mit den zur Winterszeit sich immer häufenden, einfachen katarrhalischen Erkrankungen in Betracht zu ziehen, doch war sicher auch in diesen Fällen, sofern sie nur mit charakteristischen nervösen und rheumatoiden Symptomen einhergiengen, oder die bereits bei Besprechung der Bronchitis erwähnte Eigentümlichkeit zeigten, die Diagnose Influenza fast immer eine zweifellose. Einzelne schwerere Fälle der „typhösen Form“ boten zuweilen grosse Aehnlichkeit mit Typhus abdominalis dar; sie zeigten

im Anfang sehr entwickelte typhöse Symptome, grosse Prostration, Appetitlosigkeit, Kopfschmerzen und Nasenbluten, sowie stärkeres Fieber, doch schützte der viel raschere Beginn der Erkrankung, das Fehlen des Milztumors, des Meteorismus und der Roseolen, sowie nicht selten das Auftreten eines Herpes vor Fehldiagnosen. Bei einem Patienten, der sich als Nachzügler einstellte, als die Epidemie schon beinahe für erloschen gelten konnte, bestand geringe Steifigkeit der Nackenmuskeln, so dass die Bewegungen des Kopfes nur mit Schmerzen ausgeführt werden konnten. Beim Bestehen von Fieber, Kopfschmerzen, Herpes und Druckempfindlichkeit der Wirbelsäule konnte man an beginnende Cerebrospinalmengitis denken, indessen sprach die ganz kurze Dauer der Erkrankung, sowie das Fehlen stärkerer Gehirnerscheinungen entschieden für Influenza.

Was schliesslich die **Behandlung** der geschilderten Fälle angeht, so war diese durchaus eine rein symptomatische und die dabei gewonnenen Erfahrungen bieten nichts Bemerkenswertes.

Nunmehr kann die Influenzapandemie — unstreitsam ein bedeutendes Ereignis in der medicinischen Welt — wohl allenthalben für erloschen gelten. Für die Erforschung der geheimnisvollen Krankheit war die moderne Wissenschaft mit allen ihren Hilfsmitteln und einem hervorragenden Eifer thätig und die Ergebnisse der angestellten Untersuchungen und Beobachtungen liegen zum Teil schon vor. Ein genauer Ueberblick wird sich erst nach Sichtung alles vorhandenen Materials gewinnen lassen, immerhin lässt sich schon jetzt ersehen, dass das Resultat fast aller Beobachtungen und Untersuchungen nicht den gehegten Erwartungen und dem aufgewendeten Eifer entspricht. Am meisten hatte sich das Bedürfnis geltend gemacht, die Frage der Aetiologie der Influenza zu lösen — es ist kaum gelungen, auch nur zu greifbaren Anhaltspunkten zu gelangen; die Symptomatologie der Influenza war aus früheren Epidemieen bekannt und unsere Kenntnis derselben hat durch die letzte Epidemie nur eine geringe Bereicherung erfahren. Dagegen geben die fortlaufenden Temperaturaufzeichnungen, die bei den früheren Epidemieen ganz unterlassen oder nur sehr mangelhaft geführt wurden,

Gelegenheit, die Fieberverhältnisse bei Influenza genauer kennen zu lernen und es sind vielleicht in der vorliegenden Arbeit gerade die über diesen Punkt mitgeteilten Beobachtungen geeignet, hiezu einen Beitrag zu liefern.

Anhang:

Krankengeschichten und Temperaturcurven.

I.

Influenza mit Pneumonie und hämorrhagischer Nephritis.

N. N., 36 Jahre alt, Schneider.

Patient, der sich auf der Wanderschaft befand, war gesund bis 4. I. 90. An diesem Tage erkrankte er plötzlich mit heftigem Frieren, starkem Stirnkopfschmerz, mit Rücken- und Kreuzschmerzen. Einmaliges Erbrechen trat ein, wozu sich bald starker Husten gesellte. Später stellte sich auch Schmerz auf der linken Brust ein. Der Appetit wurde schlecht, der Stuhl angehalten. Ausserdem empfand Pat. Schmerzen in den Beinen, namentlich in den Waden. Schnupfen, sowie Schlingbeschwerden waren nicht vorhanden. Pat. schleppte sich mühsam weiter, bis er am 8. I. 90. gegen Abend in die Klinik kam.

8. I. 90. Alle Zeichen einer diffusen Bronchitis. T = 40,0 °.

9. I. 90. Die angegebenen Beschwerden dauern an. T = 40,9 °.

10. I. 90. Pat. macht schwerkranken Eindruck und zeigt starke Dyspnoe; sein Aussehen ist blass und sehr elend. Viel Husten, der reichliches, schleimiges, zum Teil eitriges und mehrmals blutiges Sputum zu Tage fördert. Mehrmals beim Husten Erbrechen. Gestern Abend starker Schweiss, jetzt trockene Hitze. Kein Herpes. Zunge trocken. Thorax emphysematös. Starkes Brustathmen, l deutlich nachschleppend. R v heller Perkussionsschall bis obere VII, l v Herzdämpfung gering. Vorn überall rauhes bronchiales Athmen mit langem Exspirium. Herztöne leise. Puls regelmässig, mittelkräftig, beschleunigt.

Rücken. Nirgends Dämpfung. Starke diffuse Bronchitis, nirgends echte Rasselgeräusche.

Abdomen etwas aufgetrieben, aber nicht schmerzhaft. Kein Exanthem. Harn dunkeltrüb, von normaler Menge, enthält $^1/_{10}$ des Volumens Eiweiss. T : Morgens 39,6°, Abends 41,0°.

11. I. 90. T ist noch sehr hoch (40,8°). Starke Dyspnoe. Objektive Untersuchung ergibt die Zeichen starker, diffuser Bronchitis, linke Seite vielleicht im Ganzen etwas mehr gedämpft. In der l Axillarlinie feines Rasseln untermischt mit giemenden Geräuschen. Urin dunkelrot, enthält noch ziemliche Mengen Eiweiss. Sputum schleimig-eitrig geballt, zum Teil pneumonisch.

11. I. 90. Abds. Allgemeinzustand im Ganzen derselbe. T andauernd sehr hoch. Linke Seite im Ganzen etwas gedämpft; über den gedämpften Partieen Athmen abgeschwächt. Im Ganzen weniger Geräusche. Heute 2 Mal je einen dünnen, an Typhus erinnernden Stuhl. Milzdämpfung etwas vergrössert. Keine Roseolen. Kein Herpes. Urin reichlich blutig; mikroskopischer Befund: rote Blutkörperchen, hyaline mit Körnchen besetzte Cylinder.

12. I. 90. Der Zustand des Pat. ist im Ganzen ein schlechter. Der Puls ist zeitweise so schlecht, dass sich Strophantus nötig macht. Sehr grosse Dyspnoe. Die objektive Untersuchung ergibt auf den Lungen, heute auch r, nicht normal hellen Schall. Ueber der ganzen Lunge, auch vorn, viel feines Rasseln und bronchitische Geräusche zu hören. Heute 3 dünne Stühle von brauner Farbe. Im Urin immer noch Eiweiss. T noch sehr hoch (40,8°). Heute Abend 1,0 Antipyrin.

13. I. 90. Abds. T sank gestern Abend noch auf 39,0°, heute Morgen auf 36,8° und am Abend auf 35,3°. Pat. macht sehr collabierten Eindruck. Puls mässig. Lungenbefund derselbe. Pat. erbricht fast alles, was er bekommt. Ord: Strophantus.

14. I. 90. Pat. hatte heute früh T = 35,5°, war äusserst stark collabiert und nur allmählich ging unter Anwendung starker Reizmittel (Campher, Strophantus, Sect) die T zur Norm. Eine lokalisierte Pneumonie auf den Lungen war nicht nachzuweisen

16. I. 90. Subjektives Befinden gut, auf den Lungen diffuse Bronchitis, nirgends ausgesprochene Dämpfung. T = 37,7°.

21. I. 90. Pat. befindet sich subjektiv wohl. Die Rasselgeräusche sind vollständig verschwunden, nur noch einzelne giemende Geräusche sind zu hören. Pat. steht heute auf.

Pat., der sich langsam erholt, wird am 3. II. 90 geheilt entlassen.

II.

Fieberlose Influenza mit deutlichen Prodromalerscheinungen.

N. N., 20 Jahre alt, Dienstmädchen.

Pat. erkrankte am 29. XII. 89. mit Kopfschmerzen, Schwindel und Mattigkeit, so dass sie sich zu Bett legen musste. Sie machte noch einmal den Versuch zu arbeiten, musste aber bald wieder davon abstehen, da sie am 3. I. 90. von Schüttelfrost befallen wurde, die Kopfschmerzen zunahmen und sich Schwindel einstellte. Dazu kam Drücken in den Augen und Thränenfluss. Bald gesellten sich auch Schlingbeschwerden und Heisserkeit dazu, ebenso Schnupfen mit verstopfter Nase. Kreuzschmerzen fehlten, dagegen hatte Patientin Stechen in der r Seite. Sie musste viel husten, hatte aber nur geringen, schleimig-eitrigen Auswurf. Die allgemeine Mattigkeit nahm immer mehr zu, Patientin empfand ausserdem Schmerzen in den Knieen und Reissen in Armen und Beinen. Der Stuhl war regelmässig, doch bestanden Leibschmerzen Es erfolgte ein 2maliges Erbrechen von Wasser und Speiseresten und wiederholtes Nasenbluten.

Als die Patientin am 4. I. 90. in die Klinik aufgenommen wurde, hatte sie eine Temperatur von 36.7°, die sich in den folgenden Krankheitstagen nur einmal bis 37.6 erhob, sich aber sonst stets auf der Norm bewegte.

In den ersten Tagen ihres Aufenthaltes war objectiv gar nichts bei der Patientin nachzuweisen.

Am 8. I. 90. klagte Pat. über anhaltende Schmerzen im Kopf und vorn über der Brust, ferner über Reissen von den Knieen an abwärts. In beiden Knieen besteht Druckschmerzhaftigkeit, ein Erguss ist nicht vorhanden. Lungenbefund ergibt l h u spärliches Rasseln. Auffällig ist das gedunsene und blasse Aussehen des Gesichts. Urin ohne Eiweiss. T = 37,6°.

9. I. 90. Pat. bekam gestern Abend wegen anhaltender Schmerzen 2 gr. Antipyrin, worauf sie, wenn auch mit Unterbrechung, ordentlich schlief. Heute bestehen dieselben Klagen über Kopf- und Gliederschmerzen, letztere besonders im l Ellbogen und in beiden Knieen. Von letzteren aus zuweilen ruckweises Reissen bis in die Zehen.

10. I. 90. Bronchitische Geräusche l h u sind spärlicher geworden. Kopfschmerzen sind nicht mehr vorhanden, auch die Gliederschmerzen haben gegen Abend etwas nachgelassen. Es bestehen nur noch Schmerzen im l Ellbogen und Schwere in den Beinen. Temperatur andauernd normal.

11. I. 90. Heute wieder Schmerzen („stechende") in beiden Ellbogen und beiden Knieen, auch zeitweise Kopfweh. Temperatur normal. Ord: 1 gr Antipyrin.

15. I. 90. Pat., die anhaltend fieberfrei ist, empfindet heute stechende Schmerzen im l Ohr, daneben anhaltende Schwere in beiden Beinen. L h o noch ziemlich reichlich Rasseln.

22. I. 90. Ueberall reines Vesikulärathmen. Schmerzhaftigkeit hat vollständig aufgehört Pat. war heute Nachmittag ausser Bett, musste dasselbe aber bald wieder wegen heftiger Schmerzen im Kopf und in den Ohren, sowie im Nacken aufsuchen. Im Liegen liessen die Beschwerden bald nach.

23. I. 90. Pat., die heute den ganzen Nachmittag ausser Bett war, befand sich dabei vollständig wohl.

Da keinerlei Schmerzhaftigkeit mehr besteht, wird Pat. am 24. I. 90. geheilt entlassen.

III.

Influenza mit Pleuritis exsudativa und Nephritis acuta.

N. N., 24 Jahre alt, Dienstmädchen.

Patientin hat in ihrer Jugend die Masern durchgemacht, will aber sonst stets gesund gewesen sein. Am 24. XII. 89. erkrankte sie ganz plötzlich mit heftigen Kopfschmerzen, sie fühlte sich sehr müde und matt und hatte über Kreuzschmerzen zu klagen. In den Augen verspürte sie Drücken. Der Appetit wurde sehr schlecht. Gleichzeitig stellte sich Schnupfen und Husten ein; durch letzteren wurde ziemlich reichlicher Auswurf entleert. In der linken Seite verspürte Patientin Stechen, das beim Husten noch gesteigert wurde. Neben mässigen Schlingbeschwerden bestand auch geringe Heiserkeit. Obige Beschwerden nahmen von Tag zu Tag zu, trotzdem gieng Pat. so gut wie möglich ihrer Arbeit nach. In den ersten Tagen ihres Unwohlseins will Pat. auch mehrfach Abends Schüttelfröste gehabt haben. Zunehmende Mattigkeit nötigte die Patientin, endlich am 31. XII. 89. das Bett aufzusuchen. Sie wurde auf der chirurgischen Klinik, wo sie Dienstmädchen war, behandelt, am 5. I. 90. aber auf die medizinische Klinik geschickt, da Husten und Seitenstechen heftiger wurden.

5. I. 90. T = 40,2°.

6. I. 90. Gut genährte Pat. mit blassen Hautdecken. Gesicht, teilweise mit Schweiss bedeckt, ist leicht gerötet. Leichte Dyspnoe, aber kein Nasenflügelathmen. Respiration = 44.

Thorax: gut gebaut, epigastrischer Winkel > R. Untere Hälfte der l Brust bewegt sich beim Athmen weniger als die r.

Perkussion: r v voll bis u VI.
l o deutlich tymp. Schall bis u III, dann Dämpfung.

Auscultation: r v Vesikulärathmen mit einzelnen bronchitischen Rasselgeräuschen. L v abgeschwächtes Vesikulärathmen.

Herz: Spitzenstoss im 5. Interkostalraum etwas mehr einwärts der Mammillarlinie als normal. Die Herzdämpfung erstreckt sich nach r bis zum r Sternalrand und setzt sich nach l in eine continuierliche Dämpfung fort. Ueber dem halbmondförmigen Raum Dämpfung. Herztöne rein, laut und klappend.

Puls: sehr beschleunigt (124) aber voll und regelmässig.

Rücken:

Percussion: Schall r voll bis zum X. Dornfortsatz; l über der oberen Hälfte der Skapula etwas abgeschwächt, von der Mitte der Skapula deutliche Dämpfung.

Auscultation: Ueber der Dämpfung lautes Bronchialathmen. Stimmfremitus über der Dämpfung vollständig aufgehoben.

Die ganze l u Thoraxseite erscheint von hinten etwas vorgewölbt.

Abdomen ohne Besonderheiten. Stuhl normal. Urin: Menge vermindert, ohne Eiweiss.

Die vorgenommene Probepunktion ergibt ein etwas getrübtes, grünlich-gelbes, seröses Exsudat.

Ord. Liqu. Ammon. Natr. acet 10 : 150

8. I. 90. Die Dämpfung l h ist schon vom obern Rand der Skapula an absolut. Auch schon hier deutlich entferntes Bronchialathmen. Auch die Spitze erscheint leicht gedämpft-tympanitisch. Gesicht leicht cyanotisch. Subjektive Beschwerden: Mattigkeit, etwas kurzer Husten ohne Auswurf. Gegen die in den letzten Nächten bestehende Schlaflosigkeit bekam Pat. gestern Abend Chloralhydrat (1,5), worauf sie gut schlief.

9. I. 90. Pat. sieht heute ziemlich stark cyanotisch aus, ist mehr dyspnoisch als in den letzten Tagen und leicht benommen. Die Herzdämpfung reicht bis 2 Finger breit nach r vom r Sternalrand. Morgens l o deutlich tympanitischer Schall, abends an dessen Stelle deutliche Dämpfung. Abends 5^{h} Probepunktion. Es wird durch Aspiration 1 Liter gelbliche, etwas getrübte Flüssigkeit entleert (spez. Gew. 1020). Während der Punktion etwas leichtes Stechen und Husten; nach derselben etwas Erleichterung. Schall

h o heller. R Herzgrenze am r Sternalrand. Seit heute Morgen Infus. fol. Digital. 1,5/150. Harnmenge = 500, spez. Gew. 1030.

10. I. 90. Pat. hat Nachts gut geschlafen. Fieber ist etwas zurückgegangen. L v wieder tympanitischer Schall, l h dagegen Dämpfuug von der Mitte der Skapula an. In den oberen Teilen leicht tympanitischer Schall. Patientin befindet sich subjektiv wohl; sie hat nur mässige Dyspnoe (36). Aussehen immer etwas blass cyanotisch. Puls frequent (132), aber kräftig. Harnmenge 550; spez. Gew. 1027.

13. I. 90. Pat. befindet sich subjektiv andauernd wohl, sieht aber immer noch stark cyanotisch aus Schall r v o ausgesprochen tympanitisch. L h Schall relativ gedämpft bis zur Mitte der Skapula, von da an vollständig gedämpft. L h o etwas hauchendes Athmen. Ueber der Dämpfung entferntes Bronchialathmen. Harnmenge = 800; spez Gew. 1022.

16. I. 90. Schall l v o hoch tympanitisch. Vom obern Rand der III. Rippe an Dämpfung. Herzdämpfung reicht nach r bis 2 Finger breit über den r Sternalrand; hier ist die Herzaktion deutlich fühlbar. L h Schall überall vollständig gedämpft. Ueber der Dämpfung leichtes entferntes Bronchialathmen. Pat. klagt über Schmerzen im Rücken. Aussehen ziemlich cyanotisch. Starke Dyspnoe. Harnmenge = 150; spez. Gew. 1028. Pat. bekommt von heute an Mixtura diuretica fortior, verträgt dieselbe aber schlecht (Erbrechen), weshalb ausgesetzt werden muss.

18. I. 90. Pat. hat ziemlich blasses, cyanotisches Aussehen. Die Respiration ist sehr erschwert (52); Nasenflügelathmen. Puls 132. L h vollständige Dämpfung. Herzdämpfung nach r 3 Finger breit über den r Sternalrand hinausgehend. Herzaktion hier deutlich fühlbar. L v über der Spitze tympanitischer Schall, von der II. Rippe an vollständige Dämpfung. Abends 5^{h} Punktion, bei der 800 ccm. einer ziemlich stark getrübten, gelblichen, serösen Flüssigkeit entleert werden (spez. Gew. 1022). Gegen Ende der Punktion bekommt Pat. einen ziemlich heftigen Hustenanfall, weshalb die Punktion beendigt wird. Die mikroskopische Untersuchung des Exsudates ergibt die Anwesenheit einer sehr grossen Menge Leukocyten.

Harnmenge = 125; spez. Gew. 1022; ganz spärliches Eiweiss.

19. I. 90. Der Urin ist äusserst spärlich (100), enthält sehr viel Eiweiss und eine grosse Menge meist hyaliner, zum Teil granulierter Cylinder. Schall l v o tympanitisch, vom unteren Rand der III. Rippe an Dämpfung. Die r Herzgrenze überschreitet den r Sternalrand nnr um eines Fingers Breite. Schall l h o etwas heller, wird aber schon am oberen Rand der Skapula vollständig gedämpft. Pat. schwitzt Abends mit dem Wagner'schen Schwitzapparat.

20. I. 90. Pat. wird am Nachmittag warm (30 °R) gebadet, schwitzt aber nicht, wohl aber später mit dem Apparat. Harnmenge = 600; spez. Gew. 1013; viel Eiweiss.

21. I. 90. L v tympanitischer Schall bis obere III; r v normales Vesikulärathmen; l v unbest. hauchendes Athmen. L h o etwas tympanitisch gedämpft bis zum III. Brustwirbel, dann ganz leer. R h u auch einige Finger breite Dämpfung. Ueber der ganzen l h Lunge mittellautes, hohes Bronchialathmen; r h u etwas abgeschwächt; das bronchiale Exspirium hört man von l herüber. Herzdämpfung überragt den r Sternalrand noch um Fingerbreite. II Pulmonalton deutlich accentuiert. Puls etwas klein. Der Traube'sche Raum ist noch etwas gedämpft. Harnmenge = 900; spez. Gew. 1012; viel Eiweiss.

23. I. 90. L v tympanitischer Schall, dann Dämpfung. Nach r Herzdämpfung bis gut 2 Finger breit den r Sternalrand überragend, hier auch deutliche Pulsation. Spitzenstoss im V. Interkostalraum einwärts der Mammillarlinie schwach, aber in ziemlicher Ausdehnung fühlbar. Die Herzdämpfung setzt sich nach l in eine continuierliche Dämpfung fort. Töne an der Herzspitze leise, aber rein. II. Aortenton etwas accentuiert, II. Pulmonalton deutlich verstärkt. Kein Ödem der Beine. Harnmenge ist reichlicher (1200), enthält aber immer noch viel Eiweiss.

24. I. 90. Pat. klagt heute über Stirnkopfschmerz und hat am Morgen erbrochen. Im Anschluss daran bekam sie Nasenbluten. Die heute vorgenommene Probepunktion ergibt ein sehr stark getrübtes, beinahe eitriges Exsudat.

25. I. 90. Pat. wird zur Operation auf die chirurgische Klinik verbracht.

IV.

Influenza mit leichter hämorrhagischer Nephritis.

N. N., 20 Jahre alt, Schlosser.

Pat. hat als Kind Masern und Diphtherie gehabt und ist später, von einigen Erkältungen abgesehen, nie mehr krank gewesen.

Am 1. I. 90. erkrankte er unter abwechselndem Frost- und Hitzegefühl mit Kopfschmerzen, starkem Schnupfen und heftigem Husten. Der Auswurf war reichlich, grün-gelblich. Die folgenden Tage fühlte sich Pat. äusserst matt und hatte ziehende Schmerzen in den Beinen und im Rücken. Dabei glaubte er zu bemerken, dass er schlechter als sonst höre. Bei starkem Husten empfand er Stechen auf der Brust. Schlingbeschwerden, ebenso Augenschmerzen waren nicht vorhanden. Das Wasserlassen wurde schmerzhaft und musste häufiger als sonst geschehen; der Urin sah blutig aus. Am 8. I. 90. liess sich Pat in die Klinik aufnehmen.

9. I. 90. Pat. klagt gegenwärtig über starken Husten und Mattigkeit. Blasser Patient, ohne Ödeme. Thorax lang, Respiration ruhig. Percussion v von Lunge und Herz normal, keine Verbreiterung der Herzdämpfung nach links. Die Auscultation ergibt Vesikulärathmen mit ganz vereinzelten bronchitischen Geräuschen. Herztöne rein, II. Aortenton etwas accentuiert. Puls hart, regelmässig. Die Perkussion des Rückens ergibt normalen Schall, die Auscultation über den unteren Lungenpartieen bes. l deutliche bronchitische Geräusche. Abdomen ohne Besonderheiten, kein Exanthem. Urinmenge 1500; spez. Gew. 1013. Der Urin enthält Eiweiss, mikroskopisch sind Blutkörperchen und zahlreiche Cylinder nachweisbar. Heller'sche Blutprobe positiv.

11. I. 90. Spitzenstoss im VI. Interkostalraum in der Papillarlinie etwas hebend; II. Aortenton etwas accentuiert.

Pat., der nur sehr mässiges Fieber hatte, wird am 17. I. 90. geheilt entlassen.

V.

Influenza mit katarrhalischer Pneumonie und secundärer Neuritis.

N. N., 24 Jahre alt, Dienstmagd.

Pat., die im März 1889 eine Lungenentzündung durchgemacht hat, im Uebrigen aber stets gesund war und von gesunden Eltern stammt, erkrankte am 26. XII. 1889 plötzlich mit mehrmals sich wiederholendem starken Frost und bekam Abends heftigen Kopfschmerz, Husten und starkes Stechen auf der l Seite, besonders in der Herzgegend („sie glaubte, es drücke ihr das Herz ab"). Sie legte sich sofort zu Bett; der Husten wurde sehr quälend und am folgenden Morgen besonders heftig. Der Auswurf war reichlich. Zu diesen Beschwerden gesellte sich am 28. XII. 89. noch „arges Drücken", gefolgt von einmaligem Erbrechen, ferner Schmerzen im Kreuz. Der Appetit war geschwunden, der Stuhl angehalten. Nach heftigem Husten verspürte Pat. Druck und Schmerz in der Magengegend. Da der Husten immer schlimmer wurde, kam Pat. am 31. XII. 89. in die Klinik.

1. I. 90. Objektiv ausser einer deutlichen Dämpfung l h u mit feinem Rasseln darüber nichts nachweisbar. T = 38,6.

5. I. 90. Pat. ist fieberfrei. Die Dämpfung hat sich aufgehellt. Feines Rasseln ist noch zu hören. Pat. befindet sich ganz wohl.

8. I. 90. : L h u noch reichliche, feuchte Rasselgeräusche; im Uebrigen Lungenbefund normal. Patientin, fieberfrei, klagt nur noch über Stechen in der l vorderen Brustseite.

9. I. 90. Heute Klagen über zeitweises Reissen im r Unterschenkel. Anhaltender Husten mit ziemlich reichlichem, teils zäh-schleimigen, teils geballten Sputum. Heftige Schmerzen von der l Achselhöhle ausstrahlend bis zum Handgelenk. Händedruck l auffallend schwächer wie r. Druck auf den l plexus brachialis

auffallend schmerzhaft, über der Clavicula nicht. Drüsen nicht geschwollen. Muskeln auf Druck gar nicht empfindlich. Im r Unterschenkel der Peronæus empfindlich, die Muskeln gar nicht; l auch leichte Parese im Peronæus. Patellarreflexe lebhaft. Am äusseren Fussrande r scheint Pat. mehr Empfindung zu haben wie l. Hauptschmerz zu beiden Seiten des r Kniegelenks. R Arm und l Bein ganz frei.

10. I. 90. Heute auch im l Bein dieselben Schmerzen wie r. Daneben besteht heftiges Kopfweh. L Peronæus sehr schmerzhaft; ebenso Druck in der Kniekehle schmerzhaft. L h u noch reichliches feuchtes Rasseln.

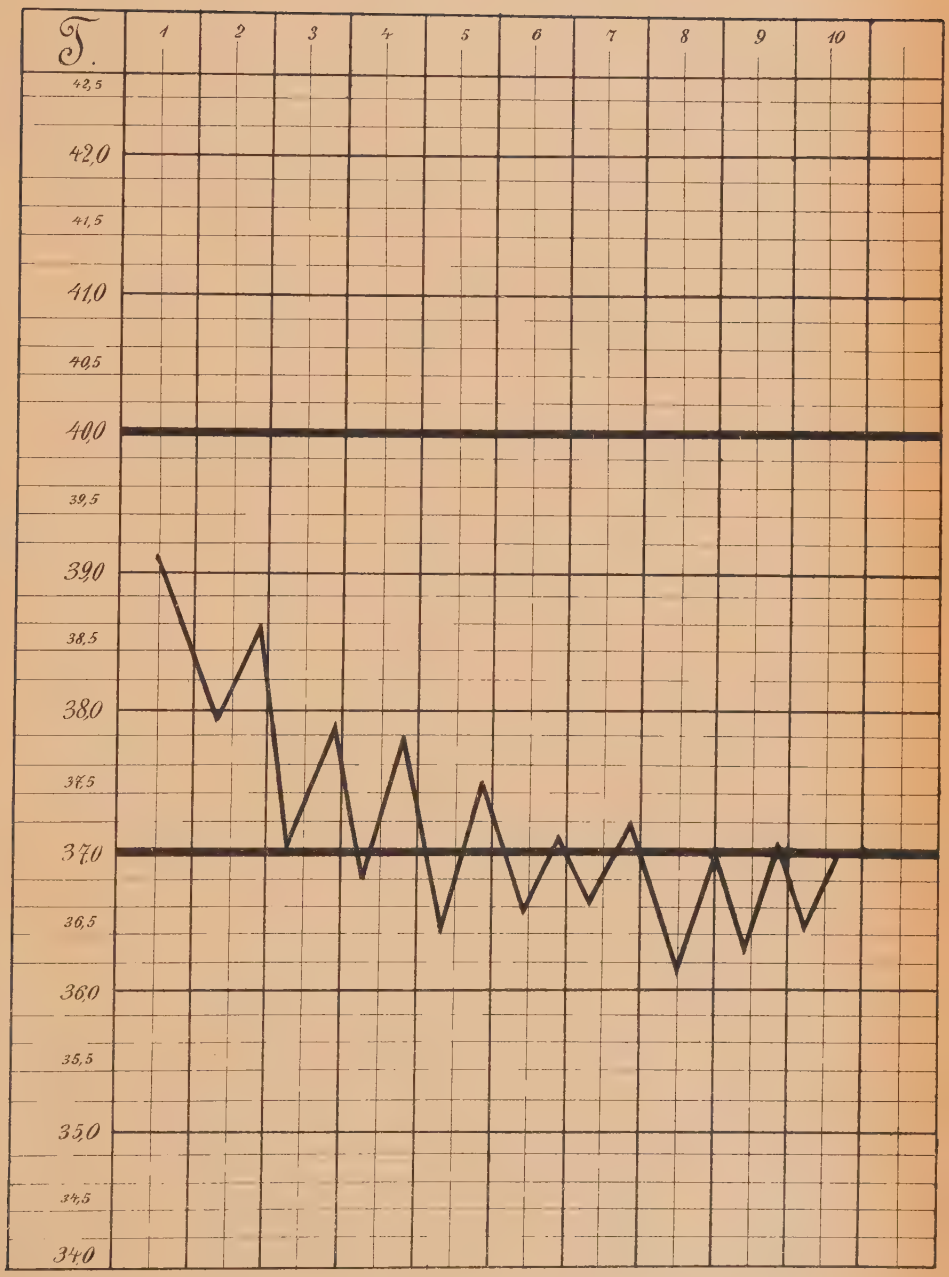
11. I. 90. Heute früh war die Schmerzhaftigkeit im l Arm vergangen, der Händedruck vollständig kräftig und Patientin klagte hauptsächlich nur über Kopfweh. Heute Abend sind die Kopfschmerzen wieder verschwunden, dagegen Schwere und Schmerzhaftigkeit im l Arm zurückgekehrt. Händedruck wieder bedeutend schwächer. Ziemlich reichlicher Husten, mässige Mengen schleimigeitrigen Sputums.

13. I. 90. Immer noch zeitweise den ganzen l Arm und r Unterschenkel („wie Blitz") durchzuckende Schmerzen. Anhaltende Schmerzen über der l Brust. L h u immer noch reichliche feuchte Rasselgeräusche, ebendaselbst noch leichte Dämpfung.

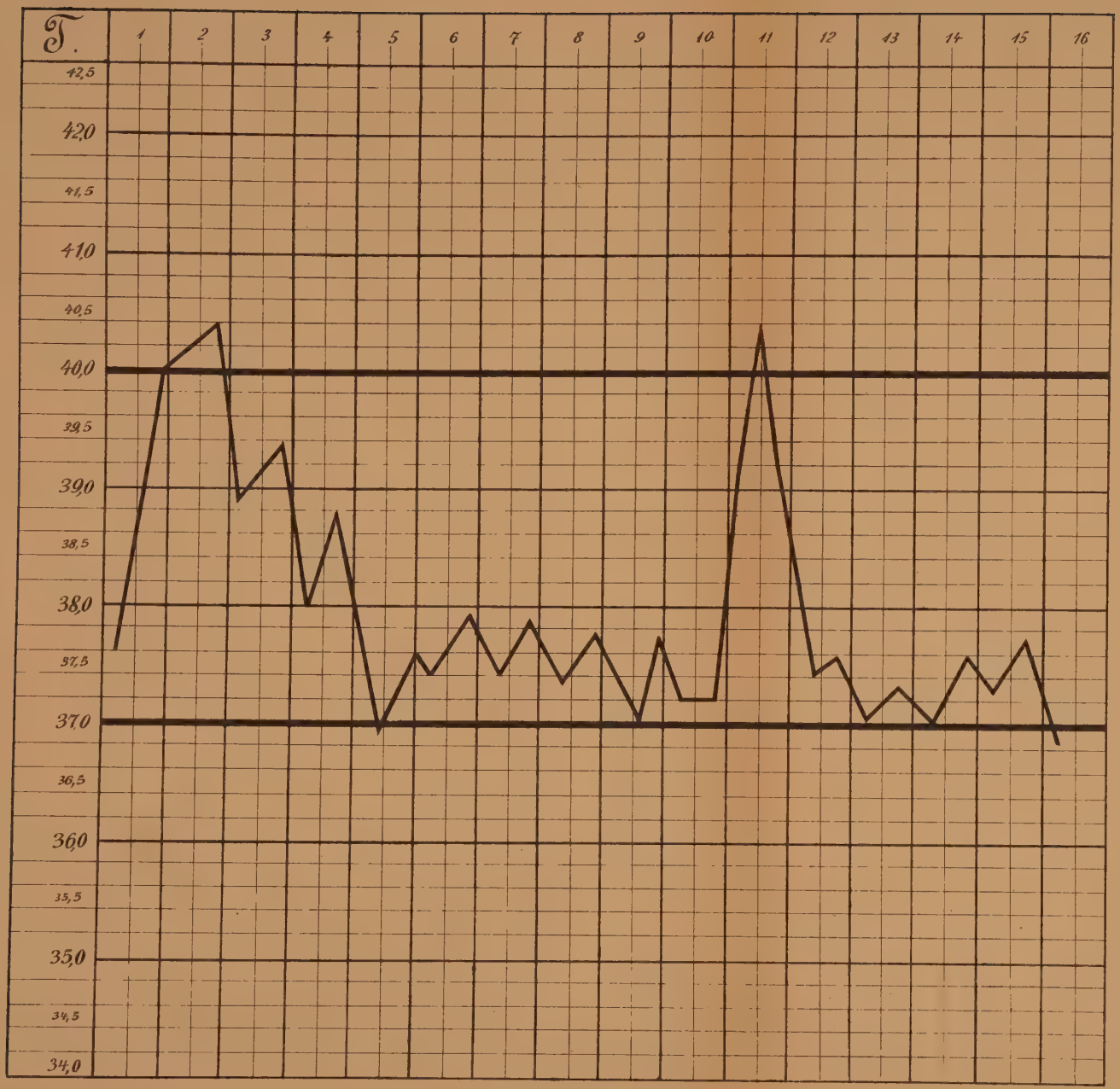
21. I. 90. Immer noch vereinzelte feuchte Rasselgeräusche l h u — im Uebrigen Vesikulärathmen. Keinerlei Schmerzhaftigkeit mehr, nur noch etwas Müdigkeit.

24. I. 90. Ueber beiden Lungen Vesikulärathmen. Pat. wird geheilt entlassen.

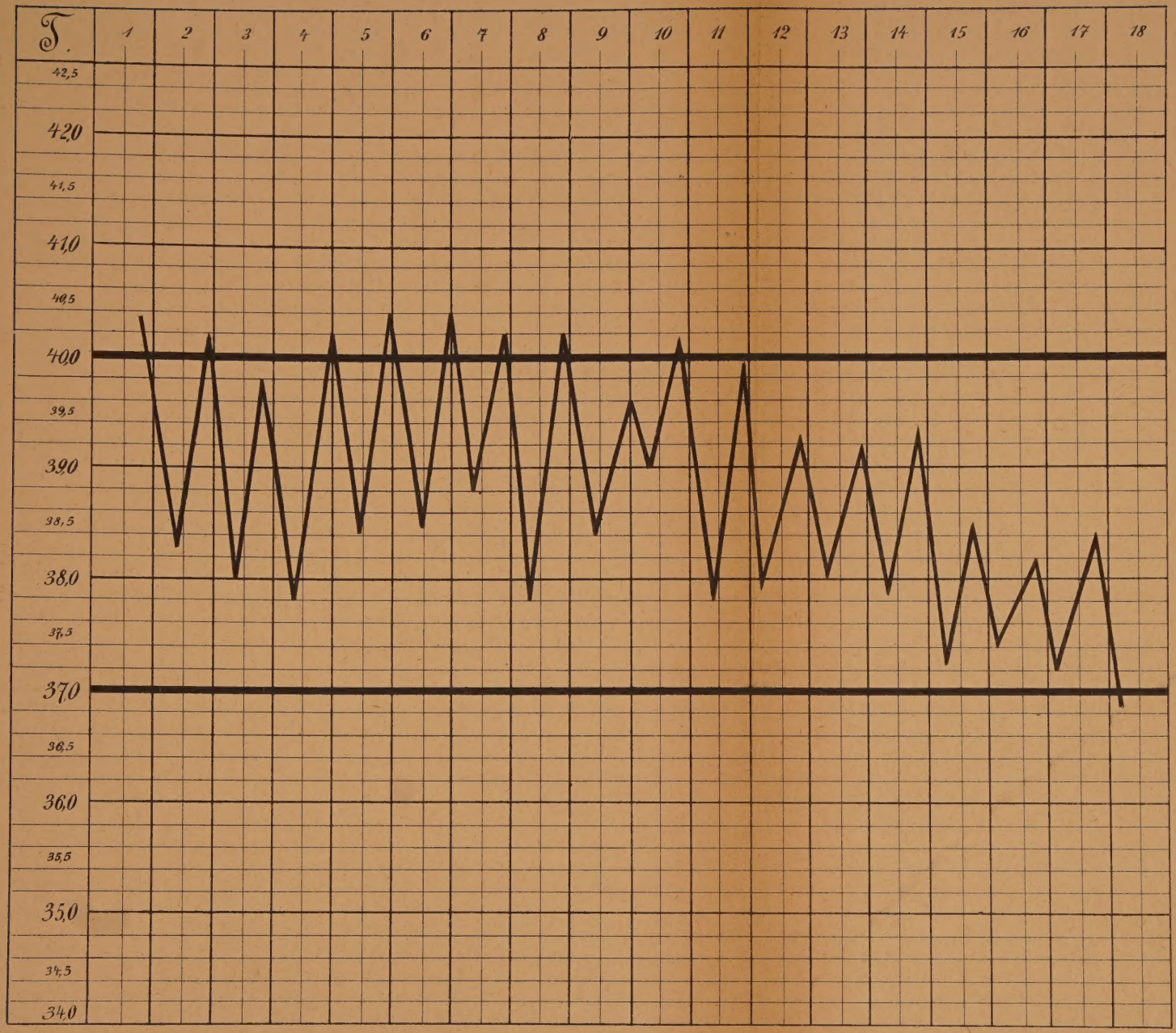
Meinem hochverehrten Lehrer, Herrn Professor Dr. Strümpell, welcher die Güte hatte, mir die Bearbeitung der beobachteten Krankheitsfälle zu gestatten, spreche ich an dieser Stelle meinen verbindlichsten Dank aus.


T.
1
2
3
4
5
6
7
8
9
10
42,5
42,0
41,5
41,0
40,5
40,0
39,5
39,0
38,5
38,0
37,5
37,0
36,5
36,0
35,5
35,0
34,5
34,0

I. Form.


T.
1
2
3
4
5
6
7
8
9
10
11
12
13
14
15
16
42,5
42,0
41,5
41,0
40,5
40,0
39,5
39,0
38,5
38,0
37,5
37,0
36,5
36,0
35,5
35,0
34,5
34,0

II. Form. a


T.
1
2
3
4
5
6
7
8
9
10
11
12
13
14
15
16
17
18
42,5
42,0
41,5
41,0
40,5
40,0
39,5
39,0
38,5
38,0
37,5
37,0
36,5
36,0
35,5
35,0
34,5
34,0

IV. Form.